

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mardi 27 novembre 1900, à 1 heure

Par PAUL BUCAILLE

Né à Thorigny-sur-Vire (Manche) le 29 mai 1873.

DE L'IMPORTANCE

DES

INJECTIONS INTRA-UTÉRINES

DE SUBLIMÉ AU MILLIÈME

dans la prophylaxie des septicémies puerpérales

Président : M. BUDIN, professeur.

*Juges : } MM. GUYON, professeur.
CAMPENON et BONNAIRE, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

L. BOYER

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1900

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen. Professeurs	M. BROUARDEL MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	ROUCHARD.
Pat.ologie médicale	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale	HUTINEL.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL
Matière médicale et pharmacologie	TERRIER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée	BRISAUD.
	CHANTEMESSE.
Clinique médicale	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY
	GRANCHER.
Maladie des enfants	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux	BERGER.
Clinique chirurgicale	DUPLAY.
	LE DENTU
	TILLAUX.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN.
	PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.			
ACHARD	DESGREZ	LEJARS	THIROLOIX
ALBARRAN	DUPRE	LEPAGE	THOINOT
ANDRE	FAURE	MARFAN	VAQUEZ
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VARNIER
BROCA (Aug.)	GILLES DE LA	MENETRIER	WALLICH
BROCA (André)	TOURETTE	MERY	WALTHER
CHARRIN	HARTMANN	ROGER	WIDAL
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILEAU	WURTZ
DELHET	LAUNOIS	TEISSIER	
	LEGUEU	THIERY	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1793, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni implication.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MES FRÈRES

A MES PARENTS, A MES AMIS

A MES MAÎTRES
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE CAEN

A MES MAÎTRES
DANS LES HOPITAUX DE PARIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR BUDIN

Membre de l'Académie de Médecine.
Chevalier de la Légion d'honneur

DE L'IMPORTANCE
DES
INJECTIONS INTRA-UTÉRINES
DE SUBLIMÉ AU MILLIÈME
dans la prophylaxie des septicémies puerpérales

INTRODUCTION

Depuis que les travaux de Pasteur ont renversé la conception classique aussi vieille que fausse de l'essentialité de la fièvre puerpérale et nous ont dévoilé la cause et la nature de cette infection, on s'est efforcé d'appliquer en obstétrique les règles les plus rigoureuses d'asepsie et d'antisepsie.

Aussi, dans les maternités, avant l'accouchement, fait-on chez toute parturiente, une toilette vulvaire et vaginale avec un liquide antiseptique. Non seulement ce liquide débarrasse mécaniquement les organes génitaux externes et internes des germes qui y pullulent, mais encore il tue tous ceux qui n'ont pu être entraînés. Tout danger d'infection étant dès lors écarté, on n'a pas à redouter d'accidents puerpéraux.

Mais il arrive souvent que la femme fait son entrée à l'hôpital, étant depuis quelques heures en travail, ou ayant les membranes rompues, alors qu'aucune injection, fût-elle de simple propreté, n'a été faite pendant ce travail.

Dans ces conditions qui favorisent particulièrement l'infection, alors qu'on peut considérer la femme comme étant infectée, on fait par mesure préventive une injection intra-utérine après la délivrance.

Quel liquide antiseptique doit-on employer pour ces injections intra-utérines? Sur ce point les avis sont très partagés. Ici l'on se sert du sublimé, de l'iode; là, du biiodure de mercure ou du permanganate de potasse.

A la Maternité de l'hôpital Tenon, nous avons vu, dans ces cas, employer avec succès la solution de sublimé au millième. Sur les conseils de M. Boissard, nous avons recueilli les observations de toutes les femmes chez lesquelles ce traitement a été appliqué et nous en avons fait notre sujet de thèse.

Que M. Boissard qui a bien voulu nous guider dans ce modeste travail, reçoive ici tous nos remerciements pour l'accueil bienveillant qu'il nous a fait dans son service et pour les conseils qu'il nous a prodigués.

Nous prions M. le Professeur Budin de vouloir bien agréer l'expression de notre reconnaissance pour l'honneur qu'il a bien voulu nous faire en acceptant la présidence de cette thèse.

HISTORIQUE

C'est à l'Obstétrique Française que revient l'honneur d'avoir appliqué la première la méthode antiseptique par le sublimé.

Après les travaux de Davaine en France, de Koch en Allemagne, le sublimé fut considéré comme l'antiseptique le plus énergique ; aussi passa-t-il du laboratoire à la pratique obstétricale d'abord, chirurgicale ensuite. Tarnier à qui nous devons les premières applications du bichlorure de mercure dans la pratique des accouchements disait au Congrès de Londres en 1881, à propos de la valeur bactéricide de cet antiseptique : « Dans plusieurs verres, j'ai mis de l'eau phéniquée dont le titre variait ; dans d'autres une solution d'acide borique, dans d'autres enfin une solution de bichlorure de mercure à température moyenne. En peu de jours tous les verres, excepté deux, contenaient des légions de microbes vivants. Les deux qui n'en contenaient pas étaient remplis par la liqueur de Van Swieten et par la solution à l'acide borique à 40 pour 1000 ».

Cette supériorité du sublimé sur l'acide phénique décida Tarnier à employer ce seul agent tant dans sa clientèle privée que dans sa clientèle hospitalière. Dès lors il retira du sublimé tous les bénéfices qu'il était en droit d'en atten

dre. Usité d'abord pour le lavage des mains, pour baigner les sondes, les canules, les tampons, il servit bientôt pour faire des lavages de la vulve et du vagin et enfin des injections intra-utérines.

Mais le sublimé étant très toxique il fallait procéder dans son application avec ordre et méthode et prendre dans son emploi pour règle de conduite l'état de la parturiente avant, pendant et après l'accouchement, la durée du travail, son mode de terminaison, les suites de couches normales ou anormales, etc. Chaque cas différent exigeant en effet une thérapeutique spéciale.

C'est Tarnier qui pratiqua le premier les injections intra-utérines au sublimé. Bien avant lui cependant on avait recommandé les injections intra-utérines.

En 1757, Recolin et Levret les employaient pour faciliter la sortie du placenta ou des débris placentaires retenus dans l'utérus, ou pour arrêter les hémorrhagies qui suivaient l'accouchement ou l'avortement.

Au XIX^e siècle, Jacquemier les recommandait à son tour mais pas avec autant d'enthousiasme que Gensoul, qui, ayant dans plusieurs autopsies « trouvé les veines utérines pleines de pus et l'intérieur de la matrice rempli de détritns, de caillots et de pus d'une odeur fétide » écrivait : » (1) J'ai tout lieu de croire que les injections pratiquées dans la cavité utérine au début de la fièvre puerpérale en diminueraient beaucoup la gravité et pourraient même en arrêter la marche ».

1. Gensoul (de Lyon) Lettre chirurgicale à M. Vidal (de Cassis) *Union médicale*, 1849.

Peu après, Roche émettait les même idées.

En 1858, dans une discussion sur la fièvre puerpérale, plusieurs orateurs se montrèrent partisans des injections intra-utérines.

Malgré cela la pratique ne s'en répandit point et ce n'est qu'après les études de Hervieux, faites en 1870, qu'on les voit plus fréquemment employer.

C'est en 1876 dans le service de Schröder qu'on y eut recours pour la première fois dans le but de soumettre la cavité utérine à une antiseptie prophylactique. La même année Schüleïn faisait après l'accouchement une injection intra-utérine avec de l'eau phéniquée et en obtenait de bons résultats. (1) Tarnier dit : « Pour mon compte personnel j'ai imité cette pratique et je fais systématiquement depuis plusieurs années des injections intra-utérines après la délivrance ». De 1882 à 1886, il se servit de la liqueur alcoolique de Van Swieten, « mais dit-il, la dépense en alcool était si grande que je dus remplacer l'alcool par le chlorhydrate d'ammoniaque comme dissolvant du sublimé ».

A partir de cette époque, quelques cas (relativement rares) d'intoxication ayant été signalés, de nombreux accoucheurs ont, pour les injections intra-utérines, abandonné l'usage du sublimé, le remplaçant par des substances moins antiseptiques ayant elles aussi leurs avantages, leurs inconvénients ou leurs dangers.

Tarnier qui dès 1886 n'employait plus que la solution à 0 gr. 20 par litre d'eau abandonna à son tour, en 1891,

1. Tarnier. *Traité de l'asepsie et de l'antiseptie obstétricales.*

le sublimé pour le remplacer par différents antiseptiques (iode, acide phénique, microcidine, sulfate de cuivre, permanganate de potasse).

Beaucoup d'accoucheurs cependant sont restés partisans du bichlorure de mercure assurés qu'ils sont de trouver en lui d'abord l'agent prophylactique par excellence des septicémies puerpérales, et ensuite le meilleur curatif quand la septicémie est nettement accusée.

CONDITIONS QUI FAVORISENT L'INFECTION

On doit craindre l'infection et prévenir ses effets chez toute femme : 1° qui n'a pas eu de soins avant l'accouchement, 2° dont l'œuf est ouvert, 3° qui a des hémorrhagies, 4° dont le travail a été prolongé.

Le canal génital étant une cavité particulièrement riche en germes de toutes sortes (microcoques ou bactéries), il s'ensuit que la femme qui avant l'accouchement n'a pas reçu de soins, peut être facilement infectée. Le voisinage de la partie inférieure du tube digestif est en plus une source d'infection, car cette région, elle aussi, est très riche en microorganismes. Ne rencontre-t-on pas, en effet, dans le tube digestif parmi les microbes pathogènes : le streptocoque, le staphylocoque, le coli-bacille et ce dernier en si grande quantité qu'il souille toujours la peau et la muqueuse des parties génitales ? Aussi peut-il facilement envahir les organes génitaux profonds.

De nombreux observateurs ont fait l'examen bactériologique des voies génitales.

Des allemands, Burgubru et Burkhard trouvèrent des streptocoques.

Widal (1), dans sa thèse, dit que sur onze femmes exa-

1. Widal. Thèse de Paris, 1889, page, 19.

minées (femmes enceintes bien portantes) il trouva une fois du streptocoque pyogène. Steffeck (2) inoculant à des lapins les sécrétions vaginales de 20 femmes enceintes non encore examinées, a pu déterminer 12 fois des abcès ou des infections mortelles.

Samschin (1) d'après 70 expériences consistant dans l'inoculation des sécrétions vaginales cultivées, à des animaux, admet la présence de microbes pathogènes dans les voies génitales et la possibilité de l'auto-infection.

Enfin, d'après Walthard (2) (1895) : le vestibule du vagin, le vagin et la partie tout à fait inférieure du canal cervical seraient peuplés de microbes ; la cavité utérine et la cavité des trompes seraient stériles. Il a trouvé dans les sécrétions vaginales, aussi bien pendant la grossesse qu'après l'accouchement, des micro-organismes pathogènes, des streptocoques, des staphylocoques et des colibacilles.

Si le canal génital des femmes bien portantes, renferme des organismes pathogènes, à plus forte raison en existe-t-il dans celui des femmes qui présentent au niveau de la vulve, du vagin ou de l'utérus, un état pathologique capable de favoriser leur pullulation, d'exalter leur virulence (végétations vulvaires, leucorrhée, vaginite granu-

2. Steffeck, *Bacteriologische Begründung der Selbstinfection* Zeiss. f. Geburtshilfe, Bd. 20, Hft 2, p. 389.

1. Samschin. *Auto-infection from a bactériological and experimental point of view*, Wratch. Saint-Petersbourg, 1892, XIII, 176, 201.

2. Walthard. *Deut. med. Woch.*, 1895, n° 10.

leuse, cancer du col de l'utérus, infection des voies urinaires etc.).

Le vagin de la majorité des femmes enceintes recèle donc de nombreux micro-organismes, qui, situés près de l'orifice interne du col, non loin des enveloppes de l'œuf, pourront envahir celui-ci dès que l'occasion leur sera offerte par la rupture des membranes. Tant que l'œuf est intact, il n'y a aucun danger d'infection; mais dès que la poche des eaux est rompue, les microbes situés dans le vagin ou apportés de l'extérieur peuvent gagner la cavité de l'œuf, en déterminer la putréfaction et donner lieu à des accidents redoutables.

L'infection extérieure ou hétérogène peut être produite par tout ce qui entre en contact avec les voies génitales de la parturiente (linges, instruments, canules, liquides, doigts insuffisamment aseptisés).

Mais les micro-organismes existant déjà avant l'accouchement dans les organes génitaux, peuvent seuls et sans le secours d'aucune intervention gagner la cavité amniotique et déterminer l'infection des eaux de l'amnios; c'est l'infection intérieure ou autogène.

Ce mode d'infection plus rare que le précédent est admis par Widal et démontré par les expériences de Steffek, Kehrer (1), Samschin. Aussi les accoucheurs qui l'admettent font-ils l'antisepsie prophylactique du canal génital.

L'accord, sur cette question, n'est cependant pas com-

1 Kehrer. *Desinfection der genitalien*. Muller's *Handbuch für Geburtshulfe*. 1888. T. 1, 101.

plét: La méthode française préconise les soins antiseptiques des organes génitaux pendant le travail et les suites de couches.

La méthode Allemande, au contraire, (qui a dans Léopold son plus ardent défenseur) a pour but de prévenir l'infection en interdisant les injections vaginales et le toucher de la période de travail.

Tout récemment, encore, au Congrès de 1900, à Paris, cette méthode n'a-t-elle pas trouvé d'ardents défenseurs en (1) Menge et Kronig (de Leipzig) qui ont dit: « Le conduit vaginal chez la femme enceinte est aseptique. D'où la conclusion que l'antisepsie en obstétrique est inutile. Nous avons trouvé, il est vrai, quelques variétés saprophytiques de streptocoques dans le vagin, aérobies ou anaérobies. Mais ces variétés ne sont pas identiques au streptocoque pyogène puerpéral. Et nous ne croyons pas que des microbes saprophytes du vagin puissent devenir le point de départ de l'infection puerpérale.. ».

Cette communication valut d'ailleurs cette réplique de (2) M. Hofmeier (de Wurzburg) :

« Je proteste contre les assertions de MM. Menge et Krönig qui n'admettent pas que des microbes vivants dans le vagin puissent devenir la source de l'infection et qui s'opposent par suite à la demande que j'ai formulée de prescrire à tous les médecins l'emploi des injections antiseptiques avant les opérations obstétricales ».

Les microbes, une fois introduits dans l'intérieur de

1. et 2. XIII^e Congrès international de Médecine. Paris. Section d'obstétrique. Vendredi 3 août 1900.

l'œuf, trouvent dans le liquide amniotique toutes les conditions favorables à leur développement. Aussi favorisés par la présence de l'air, de la chaleur et de l'humidité, vont-ils se multiplier librement dans cette cavité qui devient alors un véritable ballon de culture.

« Le liquide, d'après sa composition doit être un excellent milieu de culture..... De plus sa réaction est toujours alcaline et l'alcalinité est favorable au développement des germes » (1).

C'est pourquoi la rupture prématurée des membranes joue un rôle si important dans l'infection du liquide amniotique.

Si cette infection est de courte durée, la parturiente aura plus de chances de se retirer indemne : car si la délivrance ne se fait pas attendre, les membranes entraîneront avec elles les microbes contenus dans leur épaisseur.

La rupture prématurée des membranes qui peut avoir lieu avant tout début de travail ou au début de ce travail, c'est-à-dire à un moment où d'ordinaire aucune précaution antiseptique n'a été prise, doit donc faire penser à l'infection surtout si la parturiente présente au niveau du canal utéro-vaginal quelque état pathologique de nature infectieuse.

Aussi, après la sortie de l'arrière-faix, comme il peut rester des germes dans les cavités utérine et vaginale, est-

1. Labruhe. *Etude chimique du liquide amniotique de la femme*.
Thèse de Paris, 1888.

il utile de laver largement ces cavités pour entraîner au-dehors les micro-organismes, les détritux organiques et les liquides septiques qui souillent les organes génitaux.

RÉSULTATS OBTENUS PAR LES INJECTIONS INTRA-UTÉRINES AU MILLIÈME

Le temps n'est plus où l'on faisait systématiquement après la délivrance une injection intra-utérine. Leur utilité pratique chez certaines accouchées est cependant aujourd'hui incontestable. Aussi maintenant que l'on connaît nettement leurs indications, les emploie-t-on judicieusement pour bénéficier de leur puissante action.

On peut prévoir l'infection chez les femmes qui pendant le travail, dès les premières périodes, n'ont pas reçu tous les soins antiseptiques, n'ont pas eu de toilette de la vulve et du vagin ou qui ont eu une rupture prématurée des membranes. Ces femmes même lorsqu'elles sont sans fièvre, sans température, sans fréquence du pouls, doivent être considérées comme suspectes, comme infectées et être l'objet d'une thérapeutique active.

On les soumet à l'irrigation intermittente.

Cet excellent moyen de traitement donne de très beaux résultats et c'est en grande partie à lui que nous sommes redevables de l'absence de mortalité et de morbidité dans les suites de couches.

Les accidents puerpéraux étant causés par des germes septiques, il faut pour les combattre, se servir d'agents

antiseptiques que l'on introduit dans l'utérus. « L'utérus est le foyer de pullulation, la base d'opération du microbe ; c'est là qu'il faut l'attaquer et le détruire. On coupe ainsi le mal dans sa racine et on prévient des décharges microbiennes et toxiques dans le courant circulatoire (1) ». Si nous sommes pour ainsi dire désarmés dans l'infection parvenue à un certain degré, nous sommes tout puissants et les faits le prouvent pour combattre l'infection dans ses premières heures. C'est à ce moment qu'il faut la reconnaître ou encore mieux la prévoir.

Le sublimé est alors l'agent antiseptique par excellence. C'est celui que nous avons vu employer à l'hôpital Tenon, dans le service de M. Boissard et les résultats obtenus prouvent une fois de plus sa valeur.

Si l'usage du sublimé n'a pas donné complète satisfaction à tous les accoucheurs qui l'ont employé, cela tient peut être au titre peu élevé de la solution employée.

Après avoir fait un usage courant de la solution à un millième, on emploie actuellement, après quelques cas très rares d'intoxication des solutions beaucoup plus faibles : 1 gr. de sublimé par 4 litres d'eau. Encore les solutions sont-elles rarement à ce titre ; car dans les services hospitaliers, au moment de donner l'injection à l'accouchée, ne voit-on pas couramment ajouter de l'eau chaude à une solution trop froide, ou de l'eau froide à une solution à température trop élevée ?

1. Labadie-Lagrave et Gouget. *La fièvre puerpérale d'autrefois et la fièvre puerpérale d'aujourd'hui.*

Le mode de préparation de la solution est aussi un point très important. « Nous attachons, dit M. Boissard (1), la plus grande importance au *mode de préparation* de la solution de sublimé. Le sublimé doit toujours être dissous dans l'alcool, la glycérine et l'eau distillée. »

En faisant suivre la délivrance de cette injection prophylactique de sublimé au millième à la température de 48°, les accouchées bénéficient à la fois des effets *thermiques, mécaniques et antiseptiques* de ces injections.

Les parois de l'utérus durcissent en effet sous l'influence de l'énergique contraction déterminée par la chaleur. Ce durcissement amène une occlusion parfaite des vaisseaux qui avaient été ouverts par le décollement du placenta. Les orifices vasculaires n'étant plus béants, la solution de sublimé ne peut passer dans la circulation.

Le courant d'eau circulant dans la cavité utérine agit mécaniquement. Il balaye les caillots qui sont amenés au dehors avec le retour du liquide, et qui s'ils restaient dans l'utérus, pourraient s'y putréfier et causer des accidents infectieux.

Enfin le sublimé étant un puissant microbicide tue tous les germes qui peuvent se trouver dans l'utérus.

On verra dans les observations qui suivent, les excellents résultats obtenus par les injections intra-utérines de sublimé au millième. Nous publions les observations de toutes les femmes auxquelles on a fait ces injections soit pour rupture prématurée des membranes, soit pour absence d'antiseptie avant l'accouchement.

1. Boissard. *Journal des Praticiens*, 8 juillet, 1899.

Le titre de la solution employée a toujours été au millième : 1 gramme de bichlorure de mercure dissous dans 50 grammes d'alcool, 50 grammes de glycérine pour 900 grammes d'eau distillée, et l'injection faite aussitôt après la délivrance avec deux litres de liquide à 48 degrés :

Femmes ayant eu une rupture prématurée des membranes.

OBSERVATION I

Rupture des membranes 20 heures avant l'accouchement.

Femme N..., 20 ans, tisseuse. Primipare arrive à l'hôpital le 19 septembre, à deux heures du soir. Apparition des premières douleurs le 19, à 1 heure du matin. Rupture des membranes, à 1 heure et demie du matin. Dilatation complète à 8 heures du soir. L'accouchement se termine spontanément à 9 heures 1/2 par la naissance d'un enfant vivant de 3300 gr.

Placenta complet. Membranes entières. Liquide amniotique verdâtre.

Injection intra-utérine après la délivrance.

19 septembre (1 ^{er} jour)	matin	»	—	soir	37°4
20	— (2 ^e —)	—	38°4 (Injection)	—	37°6
21	— (3 ^e —)	—	36°9	— —	37°4
22	— (4 ^e —)	—	37°1	— —	37°2
23	— (5 ^e —)	—	36°9	— —	36°8

La température reste normale jusqu'à la sortie. Le deuxième jour, le 20, le matin, nouvelle injection intra-utérine de sublimé au millième.

OBSERVATION 2

Rupture des membranes 30 heures avant l'accouchement.

Françoise D... II pare, entre à la salle de travail le 22 septembre à 4 heures du soir. Elle est enceinte de 6 mois 1/2 environ. Les membranes sont rompues depuis la veille, 11 heures du matin. Elle expulse spontanément à 5 h. 10 du soir, un fœtus vivant de 1550 grammes au milieu d'un liquide amniotique verdâtre. La délivrance est faite 1/2 heure après.

On pratique aussitôt une injection intra-utérine de sublimé au millième.

La température qui était de 37°8 au moment de l'accouchement n'a pas dans la suite dépassé 37°1.

OBSERVATION 3

Membranes rompues huit heures avant l'accouchement.

La femme M.... 36 ans, VI pare, est conduite à la salle de travail le 24 septembre à 2 heures du soir.

Elle dit être en travail depuis le matin 8 heures, et avoir perdu les eaux à la même heure.

La dilatation est complète à 4 heures du soir.

L'accouchement se termine spontanément 1/4 d'heure plus

tard par la naissance d'un enfant vivant de 3.760 grammes
Délivrance complète.

Injection après la délivrance.

24	septembre,	matin		soir	37°,6
25	—	—	37°,1	—	37°
26	—	—	36°,8	—	36°,9

Les autres jours aucune élévation.

OBSERVATION 4

Rupture des membranes 45 heures avant l'accouchement.

Jeanne B..., 25 ans, I pare, entre le 25 septembre à 11 heures du soir, avec un début de travail et une rupture prématurée des membranes datant de 36 heures.

Elle accouche le 26, à 9 heures du matin, après dix heures de travail, d'un enfant vivant.

Délivrance une demi-heure après.

26	septembre	1 ^{er}	jour,	matin	37°,4	soir	37°,1
27	—	2°	—	—	36°,8	—	36°,9
28	—	3°	—	—	37°,1	—	37°,1
29	—	4°	—	—	37°,3	—	38°,5 Lymph.
30	—	5°	—	—	37°,4	—	37°,2

La température reste normale et ne présente une élévation à 38°,5 qu'au moment d'une lymphangite d'un sein, la femme sort guérie quelques jours après.

OBSERVATION 5

Rupture des membranes 13 heures avant l'accouchement.

Marie B..., 20 ans, ménagère, II pare, arrive dans le service le 6 octobre à 4 h. 1/2 du matin.

Dernières règles : Février. Grossesse de 7 mois 1/2 environ.

Rupture des membranes le 5 octobre à 4 heures du soir.

Premières douleurs le 6 à 1 heure du matin. Dilatation complète à 4 h. 1/2. Terminaison spontanée à 5 h. 1/2 du matin. Délivrance spontanée immédiate, l'expulsion du placenta ayant suivi l'expulsion du fœtus.

Injection aussitôt après.

La température n'est pas allée au-dessus de 37°,2.

OBSERVATION 6

Rupture des membranes et travail de 14 heures.

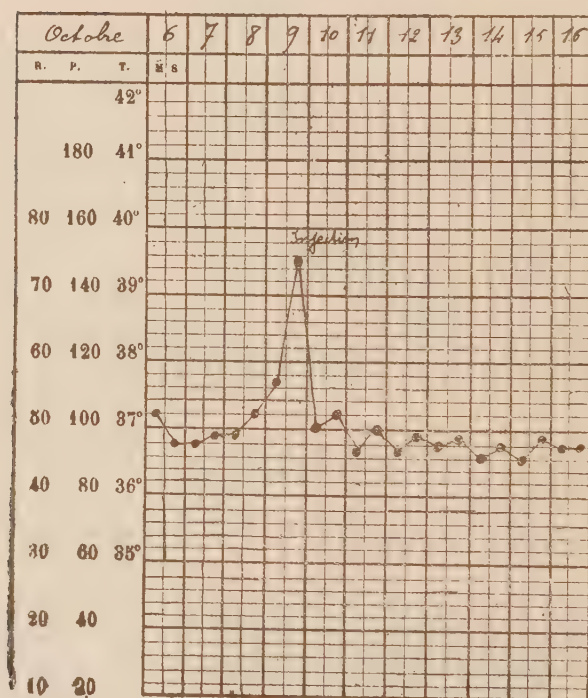
Annette C..., tisseuse, 26 ans, I pare, arrive à la salle d'accouchement le 6 octobre à 6 heures du matin. Dernières règles du 8 au 12 janvier.

Rupture prématurée des membranes le 5 octobre à cinq heures du soir, à l'apparition des premières douleurs. Dilatation complète le 6, à 6 h. 30. Expulsion d'un enfant vivant à 6 h. 45 le matin.

Délivrance naturelle et complète à 7 h. 15.

Durée du travail 14 heures.

1 ^{er} jour (6 octobre)	T. du matin	37°,2	soir	36°,8
2 ^e — (7 —)	—	36°,8	—	36°,9
3 ^e — (8 —)	—	36°,9	—	37°,2
4 ^e — (9 —)	—	37°,7	—	39°,5 (Injection)
5 ^e — (10 —)	—	37°	—	37°,2
6 ^e — (11 —)	—	36°,7	—	37°



OBSERVATION 7

Œuf ouvert depuis 4 jours.

Léontine V..., 36 ans, couturière, VII^e pare, entre le 12 octobre à huit heures du matin, ayant eu les membranes rompues le 8 octobre à midi.

Premières douleurs le 12 à 7 h. 30 le matin.

A 11 h. 1/2, dilatation complète suivie 20 minutes après de l'expulsion spontanée d'un enfant vivant.

Délivrance complète.

La température de 37°,4 après l'accouchement est toujours restée normale, l'œuf était ouvert depuis 4 jours.

OBSERVATION 8

Adèle L.... 24 ans, I pare, entre le 12 octobre à cinq heures du matin. Menstruation ordinairement irrégulière.

Dernières règles du 22 au 27 décembre.

Epoque présumée de la grossesse : 6 mois 1/2.

Premières douleurs : 12 octobre, à 10 heures du matin.

Dilatation complète le 12, à 10 h. 50 du soir.

Terminaison spontanée à 11 h. 25 ; enfant vivant de 2070 grammes. Délivrance naturelle et complète à 11 h. 45. Durée du travail : 14 heures.

La malade n'avait pas remarqué à quel moment elle avait perdu les eaux.

Injection intra-utérine pour rupture ignorée des membranes.

Le premier jour, la température était de 37°,6 le matin et 37°,2 le soir. Elle est demeurée les autres jours au dessous de 37°.

OBSERVATION 9

Madeleine G..., 19 ans, I pare, demoiselle de magasin entre le 13 octobre à 8 heures du matin.

Dernières règles du 12 au 16 février. Grossesse de 7 mois.

Premières douleurs le 13 octobre à 1 heure du matin.

Expulsion du fœtus à 10 heures et demie. Délivrance complète à 11 heures. Durée du travail 10 heures.

Enfant mort et macéré, pesant 820 grammes.

Placenta 250 grammes. Cordon 56 centimètres. Membranes complètes.

Injection au millième aussitôt après la délivrance.

13 octobre (1^{er} jour) matin 37°,6 soir 37°,5

14 — (2^e —) — 37°,4 — 37°,1

15 — (3^e —) — 37° — 36°,9

Les autres jours, température normale.

OBSERVATION 10

46 heures avant l'accouchement, rupture des membranes.

Françoise R..., 29 ans, blanchisseuse, II pare, entre le 13 octobre à 8 heures du soir, à la dilatation complète (les membranes s'étaient rompues le 11 octobre à 11 heures du soir).

A 8 h. 1/2, le 13, expulsion spontanée d'un enfant vivant pesant 2650 grammes.

A 9 heures, délivrance naturelle et complète.

Injection pour rupture prématurée des membranes, 46 heures avant l'accouchement.

Le soir de l'accouchement la température était de 37°,6. Le lendemain matin elle était de 37°,1, température qui n'a pas été dépassée dans les jours qui ont suivi.

OBSERVATION 11

Membranes rompues 12 heures avant l'expulsion de l'enfant.

Femme C..., 26 ans, I pare, canneuse de chaises, entre à la salle de travail le 19 octobre à une heure du matin. Premières douleurs à minuit et demi, et en même temps rupture des membranes.

La dilatation n'est complète que le 20 octobre à 11 h. 30 du soir ; l'accouchement se termine spontanément le 21 octobre à 12 h. 50 du matin.

Placenta complet. Membranes entières.

Liquide amniotique normal.

21 octobre. — 1^{er} jour, matin 37°,8, soir 37°.

22 octobre. — 2^e jour, matin 36°,8, soir 36°,9.

Les autres jours la température est inférieure à 37°.

OBSERVATION 12

Rupture des membranes 57 heures avant l'accouchement.

Marie G..., 22 ans, I pare, domestique, entre le 27 octobre à 8 heures du matin parce qu'elle a perdu les eaux vers cinq heures le même jour.

Dernières règles du 8 au 12 février : grossesse de 8 mois 1/2 environ. Apparition des premières douleurs le 28 octobre à 10 heures du soir.

Dilatation complète le 29 à 1 heure de l'après-midi. Terminaison spontanée à 2 heures.

Durée du travail 16 heures.

Délivrance naturelle et complète à 2 h. 30.

Injection pour rupture des membranes, 57 heures avant l'accouchement.

Le 29 octobre,	matin	37°,7	soir	37°.
30	—	37°,1	—	36°,9
31	—	36°,8	—	36°,9

OBSERVATION 13 .

Rupture des membranes 43 heures avant l'accouchement.

Température 38°⁴ avant l'accouchement.

Justine C., 26 ans, ouvrière, 1^{er} pare, entre à l'hôpital le 31 octobre à neuf heures du matin.

Dernières règles du 25 au 29 avril. Grossesse de près de 6 mois. Hémorrhagies pendant la grossesse. Rupture des membranes le 29 octobre vers 4 heures de l'après-midi.

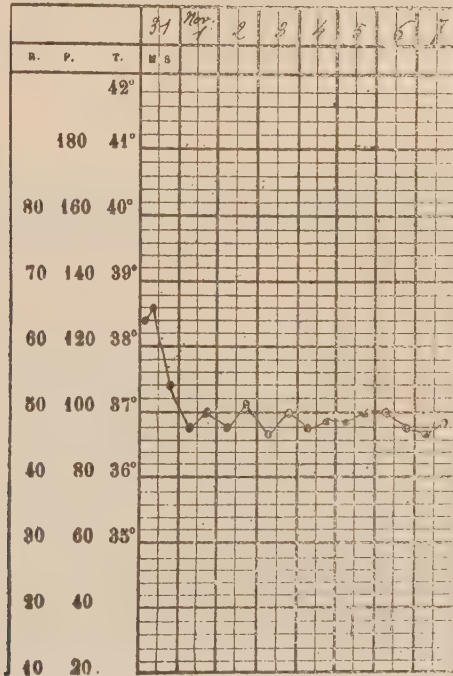
Premières douleurs le 30 à neuf heures du soir.

Dilatation complète à 10 heures du matin le 31. Accouchement spontané à 11 heures, enfant vivant, mort une heure après, pesant 950 gr. Délivrance naturelle et complète une demi-heure après. Les membranes étaient rompues depuis 43 heures. Durée du travail 14 heures.

Avant l'accouchement la température était de 38°,4.

Après la délivrance elle atteignait 38°,6. On fait une injection intra-utérine au millième, le soir la T. était de 37°,4.

(1 ^{er} jour)	31 octobre	matin	38°,6	soir	37°,4
(2 ^e —)	1 ^{er} novembre	—	36°,8	—	37°
(3 ^e —)	2 —	—	36°,8	—	37°,1
(4 ^e —)	3 —	—	36°,7	—	37°
(5 ^e —)	4 —	—	36°,8	—	36°,9



*Femmes n'ayant pas reçu de soins
avant l'accouchement.*

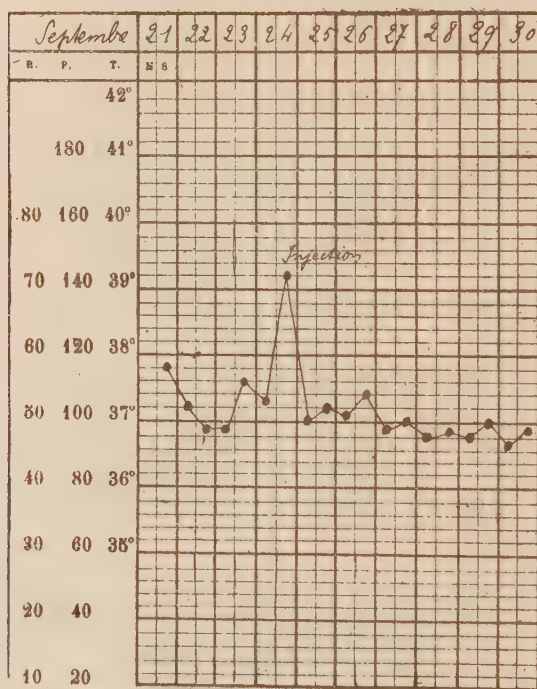
OBSERVATION 14

Valentine C. ..., 21 ans, 11 pare, couturière, entre à la salle de travail le 21 septembre à 5 heures du soir. Dernières règles

du 12 au 17 mars. Grossesse de 6 mois. Premières douleurs le 21 à dix heures du matin. Rupture des membranes à 5 heures du soir, (à l'arrivée dans la salle de travail), à la dilatation complète.

Expulsion d'un enfant vivant (1080 grammes) à 5 h. 1/4. Placenta complet. Membranes entières.

Injection intra-utérine pour manque de soins avant l'accouchement.



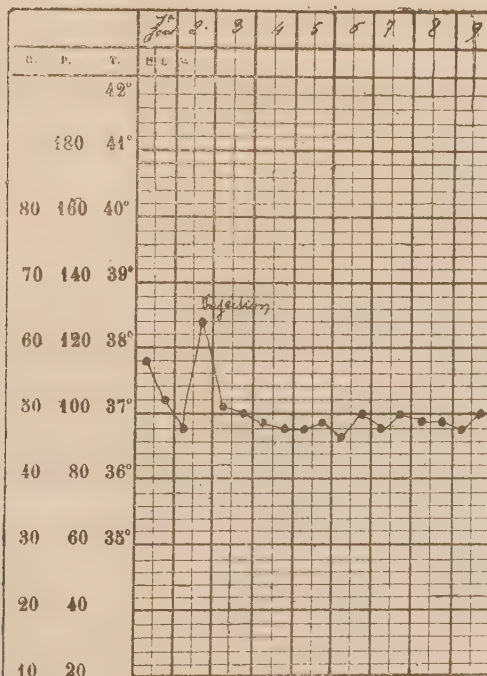
21 septembre (1 ^{er} jour)	matin	»	soir	37°,8
22	—	(2° —)	—	37°,2 — 36°,9
23	—	(3° —)	—	36°,9 — 37°,6

24	—	(4° —)	—	37°,3	—	39°,2 (Injection)
25	—	(5° —)	—	37°	—	37°,2
26	—	(6° —)	—	37°,1	—	37°,4
27	—	(7° —)	—	36°,9	—	37°

Le 4. jour, on renouvela l'injection. La chute de la température fut brusque.

OBSERVATION 15

Georgette D., 19 ans. Couturière, 1 pare, arrive dans le service le 28 septembre à 2 heures de l'après-midi. Grossesse à terme.



Premières douleurs le 27 à 11 heures du soir.

Rupture spontanée des membranes, à la dilatation complète le 28 à 2 h. 30. Terminaison spontanée à 2 h. 50. Délivrance naturelle et complète à 3 heures. Durée du travail 16 heures. Liquide amniotique verdâtre.

1 ^{er} jour (28 octobre)	matin	37°,8	soir	37°,2
2 ^e — (29 —)	—	36°,8	—	38°,4 (Injection)
3 ^e — (30 —)	—	37°,1	—	37°,
4 ^e — (31 —)	—	36°,9	—	36°,8

Les autres jours, température normale.

Le deuxième jour, on fit une nouvelle injection au milliè-
me. De 38°,4, la température tombait à 37°,1.

OBSERVATION 16

Irma Th..., 34 ans, journalière, XII pare (3 accouchements avant terme, 9 à terme) arrive dans le service le 4 octobre à 6 heures du matin.

Dernières règles du 7 au 12 décembre.

Premières douleurs le 4 octobre à minuit.

Rupture des membranes spontanée à l'arrivée, la dilatation étant complète. Expulsion spontanée d'un enfant vivant. Du-
rée du travail : 6 h. 1/2.

Délivrance naturelle et complète à 7 h. 10.

Accouchement sans antisepsie préalable. Injection intra-
utérine de sublimé au milliè.

4 octobre,	matin	37°,8	soir	37°,2
5 —	—	36°,8	—	37°,2
6 —	—	36°,8	—	36°,9
7 —	—	36°,7	—	36°,9

Dans la suite, la température reste normale.

OBSERVATION 17.

Marie R..., 22 ans, domestique, primipare entre, à la salle de travail le 11 octobre à 9 heures du matin, à la dilatation complète.

A 9 heures un quart, expulsion spontanée d'un enfant vivant. Délivrance naturelle et complète, à 9 heures et demie.

Accouchée sans antiseptie préalable.

(1 ^{er} jour)	11 octobre	matin	38°,6	soir	38°,
(2° —)	12 —	—	38°,3	injection —	37°,7
(3° —)	13 —	—	37°,7	—	37°,2
(4° —)	13 —	—	37°,3	—	37°,1
(5° —)	15 —	—	36°,9	—	37°,

Le deuxième jour, on renouvelle le matin l'injection intra-utérine.

OBSERVATION 18.

Marie A..., 37 ans, ménagère. III pare, entre le 13 octobre à 7 heures du matin.

Dernières règles fin de décembre (du 28 au 3 janvier).

Expulsion spontanée d'un fœtus vivant aussitôt après l'arrivée. Délivrance naturelle et complète une demi-heure après.

Aussitôt après injection.

13 octobre (1 ^{er} jour)	matin	37°,5	soir	37°,
14 — (2° —)	—	37°,1	—	36°,9
15 — (3° —)	—	36°,9	—	36°,7

16	—	(4° —)	—	37°,4	—	37°,1
17	—	(5° —)	—	36°,8	—	37°,

T. normale jusqu'à la sortie.

OBSERVATION 19

Femme A..., arrive le 14 octobre, à 11 heures du matin, ayant fait en ville un accouchement spontané prématuré (fœtus de 7 mois mort et macéré). La délivrance se fait spontanée et complète une demi heure-après son arrivée.

Placenta de 250 grammes.

(La femme n'avait pas été touchée en ville. Elle n'avait pas reçu d'injection).

On lui fait une injection intra-utérine après la délivrance.

14 octobre	matin	37°6	soir	37°3
15 —	—	37°2	—	36°9
16 —	—	37°2	—	36°8
17 —	—	37°	—	37°1

Après, T. normale jusqu'à la sortie.

OBSERVATION 20

Femme B..., arrive le 15 octobre à 7 heures du soir. Accouchée en ville depuis une heure elle entre dans le service non délivrée.

A 7 heures 1/4 la délivrance se fait naturelle et complète et est suivie d'une injection intra-utérine.

15 octobre	matin	»	soir	37°5
16 —	—	37°	—	37°3
17 —	—	36°8	—	36°9

OBSERVATION 21

Caroline F..., 38 ans, domestique V pare, entre le 14 octobre à 6 heures du matin.

Dernières règles du 8 au 12 janvier. Pas de complications de la grossesse.

Premières douleurs le 13 à 11 heures du soir.

Rupture spontanée des membranes le 13 à minuit.

Dilatation complète le 14 à 7 h. 30 du matin.

Terminaison spontanée à 7 h. 50.

Le travail a duré 9 heures. Délivrance naturelle et complète à 8 h. 40. Manque de soins avant l'accouchement. Injection.

14 octobre,	matin	37°,9	soir	38°,4	(Injection)
-------------	-------	-------	------	-------	-------------

15	—	—	36°,9	—	36°,9	—
----	---	---	-------	---	-------	---

16	—	—	37°	—	36°,9	—
----	---	---	-----	---	-------	---

17	—	—	36°,8	—	36°,7	—
----	---	---	-------	---	-------	---

Le 1^{er} jour, on fit deux injections, une le matin, une le soir.

OBSERVATION 22

Femme Mo..., 32 ans, IV pare, brocheuse, arrive dans le service le 15 octobre à onze heures du matin. Premières douleurs, le 15 à 3 heures 1/2 du matin. Rupture des membranes à 6 h. 50.

Dilatation complète à onze heures. Terminaison spontanée à 11 h. 20. Délivrance naturelle et complète à 11 h. 40.

Accouchée sans soins antiseptiques. Injection.

15 octobre, matin 37°,4 soir 37°

16 — — 36°,8 — 36°,9

Les autres jours, température normale.

OBSERVATION 23

Clémence B.... 25 ans, III pare, repasseuse, entre à la salle de travail le 19 octobre à 10 h. 1/2.

Les premières douleurs étaient apparues à 8 h. 1/2 du matin. Rupture des membranes à 11 heures.

Terminaison spontanée à 11 h. 1/4. Une 1/2 heure après délivrance naturelle et complète. Liquide amniotique verdâtre. Manque de soins avant l'accouchement. Injection.

19 octobre matin 37°,6 soir 37°,4

20 — — 37° — 37°,2

21 — — 36°,8 — 36°,9

OBSERVATION 24

Femme accouchée sur un brancard pendant son transport à la salle de travail.

Femme A..., 26 ans, journalière, IV pare, entre à la salle de travail le 20 octobre à 6 heures 1/4 du soir. Elle avait eu ses premières douleurs à 9 heures du matin. Elle perd les eaux et accouche sur le brancard dans lequel on la transportait de l'entrée de l'hôpital à la Maternité.

Elle arrive non délivrée. La délivrance se fait naturelle et complète à 6 h. 20.

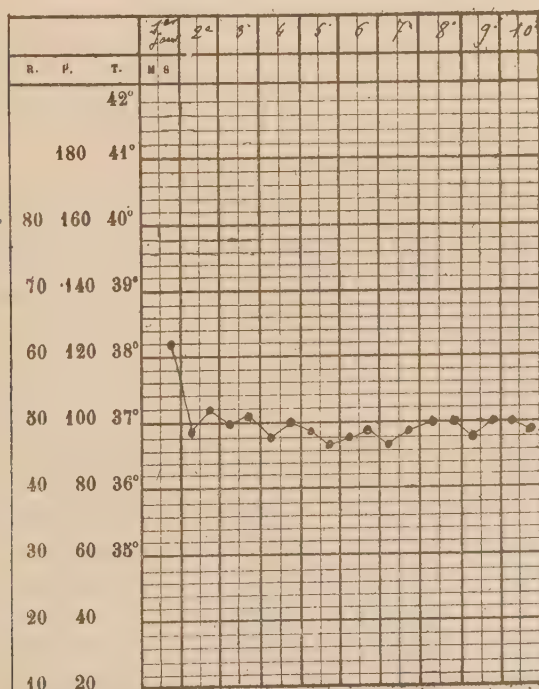
Injection.

20 octobre, T. du matin	»	soir	37°,6
21 — — —			37°,2 — 36°,9
22 — — —			36°,8 — 36°,9
23 — — —			36°,7 — 37°,
24 — — —			36°,8 — 36°,9

Le 25, la femme sort de l'hôpital.

OBSERVATION 25

Femme S..., 27 ans, blanchisseuse, III pare arrive à la Maternité le 21 octobre à 7 h. 45 du matin.



Dernières règles du 12 au 18 janvier. Grossesse à terme.

Apparition des premières douleurs, le 21 à 5 h. 1/2 du matin.

Membranes rompues à 6 heures. Dilatation complète à 9 h. 10. Terminaison spontanée à 11 heures. Délivrance spontanée complète à 11 h. 1/2.

Accouchée sans soins préalables. Injection.

21 octobre	matin	»	soir	38°,2
22 —	—	36°,9	—	37°,2
23 —	—	37°,	—	37°,1
24 —	—	36°,8	—	37°,

Les autres jours, la température ne dépasse pas 37°.

OBSERVATION 26

Cécile P..., 20 ans, artiste lyrique, II pare, arrive à la salle de travail le 25 octobre à 2 h. 30 du soir.

Dernières règles du 12 au 17 mars.

Elle arrive à la dilatation complète et accouche spontanément à 2 h. 3/4 d'un fœtus mort et macéré pesant 1750 grammes.

Délivrance complète à 3 heures. Liquide amniotique infect.

Accouchée sans antisepsie préalable.

25 octobre	T. du matin	»	soir	37°,8
26 —	—	37°.	—	37°,3
27 —	—	37°,4	—	37°,1
28 —	—	36°,8	—	37°.

Les autres jours la T. reste normale.

OBSERVATION 27

La femme R..., 24 ans, couturière, II pare, arrive à la Maternité le 26 octobre à 4 heures du soir.

Grossesse à terme. Dernières règles du 26 décembre au 1^{er} janvier.

Apparition des premières douleurs, le 26 à midi.

Rupture des membranes à 4 h. 1/4.

Dilatation complète à 4 h. 20. Terminaison spontanée à 4 h. 45 suivie 20 minutes après de la délivrance naturelle et complète.

Liquide amniotique verdâtre.

26	octobre	T. du matin	»	soir	37°,4
27	—	—	36°,9	—	36°,9
28	—	—	36°,8	—	37°,1
29	—	—	36°,9	—	37°

La T. ne s'élève pas au-dessus de 37° dans les jours qui suivent.

OBSERVATION 28

A l'arrivée de la femme, tête et épaules du fœtus sorties de la vulve.

Marie G..., 28 ans, cuisinière, V parèentre à la salle du travail le 29 octobre à 7 heures du matin. A son arrivée, la tête et les épaules du fœtus étaient sorties de la vulve.

Délivrance spontanée 1/4 d'heure après.

Il y a une déchirure sur la face interne et à la partie supérieure des petites lèvres ; légère hémorrhagie. Déchirure de la muqueuse de la fosse naviculaire. Injection.

29	octobre	T. du matin	37°,2	soir	37°,6
30	—	—	36°,8	—	37°,2
31	—	—	36°,9	—	37°,1
1 ^{er}	novembre	—	36°,7	—	37°,2

Dans la suite, la T. reste normale.

OBSERVATION 29

Marguerite Q..., 19 ans, journalière I pare, arrive dans le service le 29 octobre à 4 heures de l'après-midi Grossesse à terme, dernières règles du 5 au 10 janvier.

Apparition des premières douleurs le 29 octobre à 1 heure du matin. Rupture des membranes à 2 heures du soir. Dilatation complète à 3 heures.

A 4 heures 1/2 une demi-heure après son entrée, expulsion spontanée d'un enfant vivant pesant 3850 grammes. A 5 heures délivrance naturelle et complète. Liquide amniotique verdâtre. Durée du travail 15 heures.

29 octobre	T. du matin	soir	38°,2
30 —	—	36°,9	— 37°,2
31 —	—	36°,7	— 37°

La T. reste au-dessous de 37°.

Chez toutes ces femmes on a fait après la délivrance, une injection intra-utérine de sublimé au millième, injection suivie de l'occlusion vaginale avec de l'ouate antiseptique.

Les injections n'ont été renouvelées que lorsque la température a atteint ou dépassé 38°. Une seule injection a suffi chez certaines femmes qui sont accouchées dans des conditions particulièrement défectueuses (Obs. 10 membranes rompues 46 heures avant l'accouchement, Obs. 12, 57 heures avant l'accouchement, Obs. 13, 43 heures. Obs. 24 femme venant du dehors accouchée sur un brancard pendant son transport à la salle de travail.

Obs. 28. A l'arrivée de la femme dans la salle d'accouchement, la tête et les épaules du fœtus étaient hors de la vulve).

Mais ce qui doit surtout attirer l'attention, c'est la chute brusque de la température que l'on observe quelques heures après l'injection au millième: Obs. 6, de 39°,4, elle tombe à 37°; Obs. 13, de 38°,6 à 37°,4, Obs. 14, de 39°,2 à 37°; Obs. 15, de 38°,4 à 37°,1; Obs. 21, de 38°,4 à 36°,9; Obs. 25, de 38° à 36°,9; Obs. 29, de 38°,2 à 36°,9.

Cette chute de la température s'observe aussi à la suite des injections intra-utérines de sublimé à 1 pour 4000; mais elle est moins brusque faisant généralement un saut de 5 à 6 dixièmes de degré.

De plus la température remontant plus souvent à 38° et au-dessus, on est fréquemment obligé de renouveler les injections (Obs. 32, 36, 37) comme on peut l'observer dans les quelques observations qui suivent.

Injections intra-utérines de sublimé.

$$\text{à } \frac{1}{4000}$$

OBSERVATION 30

Rupture des membranes 48 heures avant l'accouchement.

Femme N... 39 ans, blanchisseuse, X pare, entre à l'hôpital le 4 juin à 11 heures du matin.

Les membranes étaient rompues depuis 36 heures.

Premières douleurs le 4 juin à 10 h. 30 du matin.

Terminaison spontanée le 4 à 10 h. 50 du soir.

Délivrance naturelle à 11 h. 15 du soir.

Placenta complet. Membranes entières.

Liquide amniotique normal.

On fait aussitôt après la délivrance une injection intra-utérine de sublimé à 1 pour 4000 pour rupture prématurée des membranes.

1^{er} jour 4 juin. Température matin » soir 37°,5

2° — 5 — — — 36°,9 — 36°,9

3° — 6 — — — 36°,8 — 38°,7

4° — 7 — — — 37°,2 — 36°,8

Le 6 juin. — Le soir on fait une nouvelle injection.

Après le 7 juin, la température reste normale jusqu'à la sortie.

OBSERVATION 31

Manque de soins avant l'accouchement.

Marguerite R.... 24 ans, journalière, V pare, entre à la salle de travail le 9 juin à 8 heures du matin.

Premières douleurs, le 9 juin à 2 heures du matin.

Dilatation complète à 8 heures du matin.

Rupture des membranes à la dilatation complète.

Terminaison spontanée à 8 h. 1/4.

Délivrance naturelle et complète. Urine normale.

9 juin (1^{er} jour) matin 37°,5 soir 37°,3

10 — (2° —) — 36°,7 — 37°,8 (Injection)

11 — (3° —) — 36°,8 — 37°,1

12 — (4° —) — 36°,9 — 37°

13 — (5° —) — 36°,8 — 36°,9

Les autres jours la T. est restée normale.

Le 10, on fit le soir une nouvelle injection.

Injection intra-utérine de sublimé à 1 pour 4000 aussitôt après la délivrance.

24 juin (1 ^{er} jour)	matin	»	soir	36°,9
25 — (2 ^e —)	—	37°	—	37°,2
26 — (3 ^e —)	—	37°,1	—	37°,9 Injection.
27 — (4 ^e —)	—	36°,8	—	37°,1
28 — (5 ^e —)	—	36°,8	—	37°,2
29 — (6 ^e —)	—	37°,1	—	37°,9 Injection.
30 — (7 ^e —)	—	36°,7	—	36°,9

Les injections furent renouvelées le 3^e et le 6^e jour.

Après le 30 juin, la température reste normale.

OBSERVATION 33

Rupture prématurée des membranes (5 jours avant l'accouchement).

La femme D..., domestique, 19 ans. Primipare, entre dans le service le 8 juillet à 10 heures du matin.

Dernières règles le 5 octobre 1899.

Rupture des membranes le 6 juillet (le matin).

Premières douleurs le 10, à cinq heures du soir.

Accouchée le 11 à 9 heures du matin. Sommet. Durée du travail : 16 heures. Délivrance complète.

Injection intra-utérine après la délivrance.

11 juillet (1 ^{er} jour)	matin	»	soir	37°,5
12 — (2 ^e —)	—	37°,4	—	37°,6
13 — (3 ^e —)	—	37°,3	—	37°,2
14 — (4 ^e —)	—	36°,9	—	37°,2
15 — (5 ^e —)	—	37°,3	—	37°,3
16 — (6 ^e —)	—	36°,8	—	36°,9
17 — (7 ^e —)	—	36°,7	—	36°,9

OBSERVATION 34

Rupture prématurée des membranes (trois jours avant l'accouchement).

Léontine V..., 30 ans, ménagère, VI pare, entre à l'hôpital le 9 juillet à 10 heures du soir.

Rupture prématurée des membranes le 7 à 3 heures du matin.

Premières douleurs le 9, à 10 heures du soir.

Dilatation complète le 10, à 1 heure du matin.

Terminaison le 10, à 1 h. 30.

Sommet. Durée du travail, 3 h. 1/2.

Placenta expulsé à 1 h. 45. Membranes complètes.

10 juillet (1 ^{er} jour)	matin	36°,8	soir	38°	Injection
-----------------------------------	-------	-------	------	-----	-----------

11	— (2° —) —	37°,5	—	37°,6	
----	-------------	-------	---	-------	--

12	— (3° —) —	37°,1	—	37°,4	
----	-------------	-------	---	-------	--

13	— (4° —) —	37°,2	—	37°,3	
----	-------------	-------	---	-------	--

14	— (5° —) —	37°,2	—	37°,2	
----	-------------	-------	---	-------	--

15	— (6° —) —	36°,8	—	37°	
----	-------------	-------	---	-----	--

Jours suivants : température normale.

OBSERVATION 35

Manque de soins avant l'accouchement et membranes rompues à l'arrivée.

Femme B..., 24 ans, domestique, II pare arrivée le 12 juillet, à 10 heures du soir, les membranes rompues et à la dilatation complète.

OBSERVATION 36.

Rupture prématurée des membranes.

Antoinette D..., ménagère, 30 ans, II pare, entre dans le service le 12 juillet à 4 heures du matin, les membranes rompues.

Apparition des premières douleurs le 12 à une heure du soir.

Dilatation complète à 4 h. 50.

Terminaison à 5 h. 20.

Délivrance naturelle et complète à 5 h. 45.

12 juillet (1^{er} jour) matin » soir 37°,

13 — (2^e —) — 37°,3 — 38°, (Injection)

14 — (3^e —) — 36°,9 — 38°,6 (Injection)

15 — (4^e —) — 37°,1 — 37°,2

16 — (5^e —) — 37°, — 37°,1

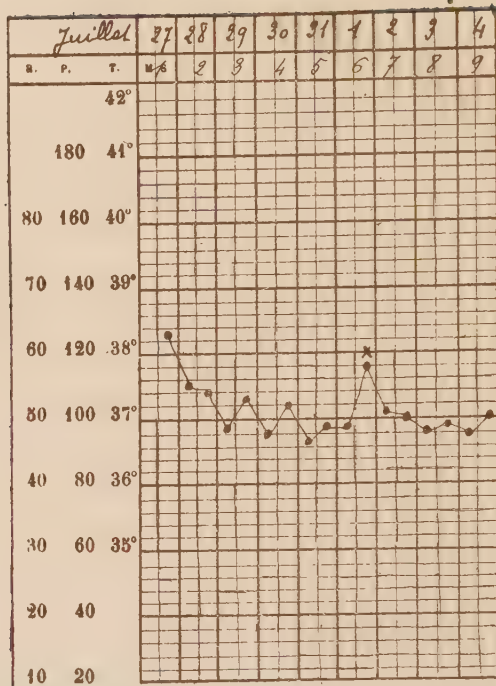
17 — (6^e —) — 36°,8 — 36°,9

Les injections furent renouvelées le 2^e et le 3^e jour.

OBSERVATION 37

Absence de soins avant l'accouchement.

Jeanne L..., 30 ans, cuisinière, III pare, (non réglée depuis



trois ans) entre à l'hôpital le 27 juillet à cinq heures du soir.

Premières douleurs le 27 à deux heures du soir.

Rupture des membranes le 27 à 4 heures du soir.

Dilatation complète à 6 h. 50. Terminaison à 7 h. 10.

Durée du travail : cinq heures.

Délivrance spontanée et complète à 7 h. 30.

Liquide amniotique vert.

27 juillet (1 ^{er} jour)	matin		soir	38°,3
28 — (2 ^e —)	—	37°,5	—	37°,4
29 — (3 ^e —)	—	36°,9	—	37°,3
30 — (4 ^e —)	—	36°,8	—	37°,2
31 — (5 ^e —)	—	36°,7	—	36°,9
1 ^{er} août (6 ^e —)	—	36°,9	—	37°,9 (Injection)

2	—	(7° —)	—	37°,1	—	37°
3	—	(8° —)	—	36°,8	—	36°,9

L'injection fut renouvelée le sixième jour, la température étant de 37°,9.

On a vu dans les observations précédentes quel puissant moyen de traitement prophylactique on a dans les injections intra-utérines du sublimé au millième.

Les injections, bien faites, n'offrent pas de danger. Il faut dans leur emploi prendre des précautions attentives : lavage complet des organes génitaux, asepsie du canal injecteur pour éviter par la manœuvre même d'injection, d'introduire dans le vagin et l'utérus des microbes pathogènes.

Le manuel opératoire est relativement facile « mais il faut agir prudemment sans jamais employer la violence ». La femme peut rester allongée dans son lit, mais si l'on n'est pas habitué à l'opération, on a plus de facilité en faisant mettre le siège au bord du lit dans la position dite obstétricale.

Deux doigts de la main droite sont introduits dans le segment inférieur, corriger l'antéflexion naturelle de l'utérus par une pression légère sur la région hypogastrique ; glisser la canule — soigneusement expurgée d'air — sur les doigts de la main droite jusqu'au fond de la cavité utérine.

« Il faut, dit M. Boissard (1), pour pratiquer une injection intra-utérine, que l'extrémité de la sonde soit dans

1. Boissard, *Journal des Praticiens*, 8 juillet 1899.

l'utérus ; ceci peut paraître une banalité et pourtant nous insistons sur ce point parce que nous sommes certains que nombre d'injections ne sont faites que dans les culs-de-sac vaginaux ou dans la cavité vaginale de l'utérus sans franchir l'orifice interne de celui-ci ».

L'injecteur ne doit pas être à plus de 50 centimètres au-dessus de l'entrée des organes génitaux, afin que la pression du liquide ne soit pas trop considérable.

Le retour du liquide doit s'effectuer facilement. Aussi, pour éviter les arrêts que pourraient causer les contractions de l'utérus serrant alors étroitement la sonde, doit-on rejeter les sondes simples ou les sondes en verre qui n'ont pas une cannelure suffisante. La sonde métallique en forme de fer à cheval du Professeur Budin permet le retour d'une quantité de liquide égale à celle qui est entrée dans l'utérus.

On évitera par son emploi les accidents possibles jusques et y compris le passage du liquide dans le péritoine ou dans les gros vaisseaux.

En agissant ainsi les caillots restés dans l'utérus sont évacués et l'apyrexie des suites de couches est assurée.

VALEUR MICROBICIDE DU SUBLIMÉ AU 1000.

Contre-indications à l'usage des injections de sublimé.

On s'explique facilement la rapidité de l'action obtenue par les injections intra-utérines de sublimé au millième quand on connaît la valeur microbicide de ce dernier.

D'après les expériences de Tarnier et Vignal (1) d'après celles de Legry (2), la première place parmi les antiseptiques revient sans conteste au sublimé.

La solution de bichlorure de mercure à 1 pour 1000 tue le streptocoque et le staphylocoque en 1/2 minute ; à 0.5 pour 1000, il faut une minute. Il faut 5 minutes à la solution iodée à 3 pour 1000 ; 5 minutes pour la solution phéniquée à 50 pour 1000 ; 1 heure pour le permanganate au millième.

Quant au vibrion septique le bichlorure de mercure au millième, le tue en 2 minutes ; le biiodure à 0,50 pour 1000 2 minutes d'après Legry, 8 minutes d'après Tarnier et Vignal.

1. Tarnier et Vignal. *Archives de médecine expérimentale* 1890

2. Legry. *Etude expérimentale sur la valeur antiseptique de quelques substances employées en obstétrique*. (Travail du laboratoire de M. Budin) *Presse médicale*, 27 juillet 1895.

l'acide phénique à 50 pour 1000, en 7 minutes, le permanganate à 10 pour 1000, on 35 minutes.

Cette supériorité de l'action du sublimé sur les microbes de l'infection puerpérale, ne l'a cependant pas empêché d'être proscrit par certains accoucheurs.

Il présente en effet quelques dangers bien faciles à prévenir semble-t-il. Toutefois, il y a dans son emploi des contre-indications dont il faut tenir le plus grand compte :

On ne doit pas l'employer chez les femmes ayant eu des hémorrhagies abondantes, l'absorption du liquide étant facilitée par la tendance qu'a dans ce cas l'organisme à récupérer le sang perdu.

Il est sage de l'utiliser avec certains ménagements chez les femmes anémiques ; le mercure ayant pour effet de détruire les globules du sang, pourrait en diminuer encore le nombre déjà réduit par un état pathologique persistant.

Le sublimé est encore contre-indiqué chez les accouchées qui présentent des déchirures ou des délabrements étendus de la région vulvo-périnéo-vaginale, ou dans les cas de rétention du placenta ou des membranes. Leur présence dans l'utérus empêchant sa contraction, les orifices vasculaires restent béants favorisant ainsi le passage dans la circulation, du liquide injecté.

Il est une contre-indication qui prime toutes les autres, c'est l'existence de l'*albuminurie*. Le mercure s'élimine avec tous les produits des sécrétions, mais c'est surtout par les urines que se fait l'élimination. Or lorsque les reins sont malades, l'élimination est considérablement ralentie, et

si l'on continue les injections de sublimé, l'accumulation peut atteindre des doses toxiques.

Malgré cela, la présence de l'albumine dans les urines, tout en imposant aux praticiens une grande réserve, est-elle une contre indication *absolue* à l'usage du bichlorure ?

Voici des observations de femmes ayant de l'albumine dans les urines, et chez lesquelles on a fait des injections prophylactiques de sublimé :

OBSERVATION 38

Défaut d'antisepsie avant l'accouchement. Un gramme d'albumine.
Injection intra-utérine de sublimé à 1 pour 4000.

Antoinette P..., 21, brodeuse, I pare entre dans la salle d'accouchement le 6 juin à 3 heures 1/2 du matin. Dernières règles du 22 au 26 août. Grossesse à terme. Premières douleurs le 5 juin à 3 heures de l'après-midi. Rupture des membranes le 6 à une heure du matin. Dilatation complète à l'arrivée à 4 h. 1/2. Terminaison spontanée à 4 h. 3/4. Délivrance naturelle et complète à 5 h. 5.

La femme n'avait pas été examinée pendant sa grossesse. Au moment de son accouchement, elle a un gramme d'albumine dans ses urines.

Injection intra-utérine de sublimé à 1 pour 4000 pour défaut d'antisepsie avant l'accouchement.

6 juin	T. du matin	37°,6	soir	36°,9
7 —	—	37°,1	—	37°,
8 —	—	36°,8	—	37°,1

Les autres jours, température normale. A sa sortie, la femme avait 60 centigrammes d'albumine.

OBSERVATION 39

Rupture des membranes 48 heures avant l'accouchement.
Albumine 0 gr. 80. Injection intra-utérine au millième.

Angèle W..., 24 ans, couturière, II pare, arrive dans le service le 9 octobre à 9 heures du matin à la dilatation complète. Les membranes étaient rompues depuis 48 heures. A 9 h. 1/2 expulsion d'un enfant vivant, suivie une demi-heure après de la délivrance naturelle et complète.

Urines non examinées pendant la grossesse. Au moment de l'accouchement il y a environ 80 centigrammes d'albumine.

Injection intra-utérine de sublimé au millième pour rupture prématurée des membranes.

9 octobre	T. du matin	37°,2	soir	38°,3 (Injection)
10	—	—	37°,2	— 37°,2
11	—	—	36°,8	— 36°,9

Ensuite la température reste normale.

On avait renouvelé le 1^{er} jour, l'injection intra-utérine. A sa sortie la femme n'avait plus que des traces d'albumine.

OBSERVATION 40

Accouchée sans antisepsie préalable.
Albumine : 1 gr. 20. Injection au millième.

Charlotte T..., 25 ans, ménagère III pare, entre dans le service le 11 octobre à 6 h. 30 du matin.

Dernières règles du 8 au 12 janvier. Albumine pendant toute la durée de la grossesse.

Premières douleurs le 10 octobre à 4 heures du soir.

Rupture des membranes le 11 à 6 heures du matin.

Dilatation complète à l'arrivée.

L'accouchement se termine à 6 h. 40 par l'expulsion spontanée d'un enfant vivant pesant 3050 grammes, 10 minutes après, délivrance naturelle et complète.

Liquide amniotique verdâtre. Durée du travail : 14 heures.

Accouchée sans antisepsie préalable. Injection intra-utérine de sublimé au millième.

1 gramme 20 d'albumine le jour de l'accouchement.

11 octobre T. du matin 37°,6 soir 37°,2

12 — — — 36°9, — 37°,

Les autres jours la température est inférieure à 37°.

A la sortie la femme n'a plus que des traces d'albumine.

OBSERVATION 41

Albumine : 0 gr. 80. Injection au millième.

Amélie M..., 33 ans, ménagère, VI pare, entre à l'hôpital le 16 octobre à 11 h. 45 du matin.

Pendant la grossesse : albuminurie et varices des membres inférieurs.

Apparition des premières douleurs le 16 à 11 heures du matin.

La femme avait perdu les eaux le 15 à 4 heures du soir.

Dilatation complète le 17 à 2 heures du matin.

Terminaison spontanée à 2 h. 30 (siège décomplété, mode des fesses, fille pesant 4200 gr.).

Liquide amniotique vert. Injection intra-utérine de sublimé au millième pour rupture prématurée des membranes, 34 heures avant l'accouchement.

Le jour de l'accouchement 0 gr. 80 d'albumine.

17 octobre,	T. du matin	37°,5	soir	37°,3
18	—	—	37°,2	— 36°,9
19	—	—	36°,8	— 36°,9

Le 19. — On ne trouvait que 0,30 d'albumine.

OBSERVATION 42

1 gr. d'albumine. Injection au millième pour défaut de soins.

Clotilde G..., domestique, 21 ans, 1^{re} pare, arrive à la Maternité le 26 octobre à 10 h. 1/2 du soir.

Albuminurie pendant la grossesse.

Premières douleurs le 26 à 7 heures du matin.

Rupture des membranes, 10 heures du soir.

Dilatation complète à 10 h. 45. A onze heures, expulsion spontanée de deux enfants vivants. Délivrance naturelle et complète à 11 h. 1/2. Il y a près d'un gramme d'albumine dans les urines.

Injection intra-utérine de sublimé au millième pour manque de soins avant l'accouchement.

26 octobre	T. du matin	»	soir	37°,7
27	—	—	37°,2	— 37°,1
28	—	—	36°,8	— 37°,2

La T. reste ensuite inférieure à 37°,2.

15 jours après, la femme quitte l'hôpital n'ayant plus d'albumine dans les urines.

OBSERVATION 43

Rupture ignorée des membranes. Manque de soins avant l'accouchement. Albumine : 0 gr. 60. Injection au millième.

Augusta Pa... 21 ans, domestique primipare, entre à la salle de travail le 29 octobre à neuf heures du matin. Dernières règles du 20 au 24 janvier.

Pendant la grossesse : albuminurie et vaginite granuleuse. Premières douleurs le 29 à 7 heures du matin.

Rupture ignorée des membranes. Dilatation complète le 29 à 10 h. 45. Terminaison spontanée à 11 h. 10. Durée du travail, 4 heures.

Délivrance naturelle et complète à 11 h. 30 du matin. Injection au millième pour rupture ignorée des membranes et absence de soins avant l'accouchement.

29 octobre	T. du matin	37°,3	soir	36°,9
------------	-------------	-------	------	-------

30	—	—	37°,1	—	36°,8
----	---	---	-------	---	-------

Les autres jours, T. normale.

60 centigr. d'albumine le jour de l'accouchement.

Le jour de sa sortie, la femme avait encore 40 centig.

Quand il n'y a qu'une petite quantité d'albumine dans les urines, on peut, semble-t-il, avoir recours aux injections de sublimé toutes les fois que l'on craint des accidents septiques. Il faut seulement éviter d'arriver jusqu'à l'accumulation qui ne manquerait pas de se produire en raison du mauvais fonctionnement du « filtre rénal ».

Les contre-indications à l'emploi du sublimé sont assez limitées et ne devraient pas faire abandonner par quelques accoucheurs un antiseptique aussi efficace, coûtant bon marché et pouvant être facilement conservé et transporté.

« On parle souvent (1), dit M. Budin, de ces dangers du bichlorure de mercure et on oublie trop ceux de la septicémie. On peut compter les cas d'empoisonnement attribués au sublimé ; en obstétrique, au contraire, le nombre des existences qui ont été conservées grâce à cet antiseptique est incalculable ».

D'ailleurs dans les injections intra-utérines, ce n'est pas tant le degré de concentration de la solution injectée qui peut nuire à la malade, que la durée de l'injection ; car plus les parois restent en contact avec les liquides, plus est grande l'absorption.

Il faut de plus remarquer qu'à la Maternité de Tenon, aucun symptôme d'intoxication n'a été observé depuis que l'on se sert de sublimé dissous dans l'alcool et la glycérine. Il sera bon, toutes les fois qu'il sera possible, d'employer cette solution, assuré que l'on est d'avoir en elle le sublimé complètement dissous.

Le sublimé reste donc, en dehors de certaines contre-indications fort limitées, l'antiseptique de choix à employer en obstétrique. Il en sera ainsi jusqu'au jour où l'on aura découvert un antiseptique, qui, non toxique ou moins toxique que le sublimé, soit d'une efficacité aussi sûre et aussi rapide.

1. P. Budin. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, février 1890.

CONCLUSIONS

1° On doit craindre l'infection chez toute femme : 1° qui n'a pas eu de soins antiseptiques avant l'accouchement, 2° dont l'œuf est ouvert.

On doit prévenir les effets de cette infection par une thérapeutique active.

2° Si, chez ces femmes, on fait après la délivrance une injection intra-utérine de sublimé au millième, on a des suites de couches apyrétiques.

3° Après l'injection intra-utérine de sublimé au millième, on observe presque toujours une chute brusque de la température.

4° On n'observe pas de symptômes d'intoxication avec le sublimé dissous dans l'alcool, la glycérine et l'eau distillée.

5° Les plaies vaginales, vulvaires très étendues, la rétention placentaire, les hémorragies sont des contre-indications à l'emploi de ces injections.

6° L'albuminurie ne semble pas être une contre-indication absolue.

Vu le professeur, président de la thèse
BUDIN

Vu par le Doyen de la Faculté
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Arnaud.** — Sub potere di assorbimento dell'utero studio sperimentale. Rivista di Ostetr. Ginec. e pediatria. Oct. 1896.
- Barbour.** — Société d'obstétrique d'Edimbourg, 1886.
- Boissard.** — Journal des Praticiens, juillet 1899.
- Brun.** — Thèse d'agrégation, Paris, 1886.
- Budin.** — Bulletin de l'Académie de Médecine. Février 1890.
— Annales de Gynécologie. Mars 1895.
- Demelin et Létienne.** — Infection amniotique. Médecine moderne. Juin 1894.
- Gensoul (de Lyon).** — Lettre chirurgicale à M. Vidal (de Cassis). Union médicale, 1849.
- Hofmeier.** — Compte-Rendu du XIII^e Congrès International de Médecine. Section d'obstétrique. Paris, 3 août 1900.
- Kehrer.** — Desinfection der genitalien. Muller's Handbuch für Geburtshulfe, 1888. T. I.
- Labadie-Lagrave et Gouget.** — La fièvre puerpérale d'autrefois et la fièvre puerpérale d'aujourd'hui.
- Labruhe.** — Thèse de Paris, 1888.
- Legry.** — Etude expérimentale sur la valeur antiseptique de quelques substances employées en obstétrique. Travail du laboratoire de M. Budin. Presse médicale. Juillet 1895.

Menge et Krönig. — Compte-rendu du XIII^e Congrès International de Médecine. Section d'obstétrique. Paris, 1900.

Miranda. — Antisepsi ed asepsi in ostetrica. Archivio di ostetr. e Ginec. Août 1896.

Pinard et Wallich. — Traitement de l'infection puerpérale.

Samschin. — Auto-infection from a bacteriological and experimental point of view. Wratch. St-Pétersbourg, 1892. XIII.

Sebillotte. — Intoxication par le sublimé chez les femmes en couches. Thèse de Paris, 1890-91.

Tarnier. — Traité de l'asepsie et de l'antisepsie obstétricales

Walthard. — Deut. med. Woch., 1895, n^o 10.

Widal. — Thèse de Paris, 1889.

